THESE

G.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

THESE

APRESENTADA Á

Faculdade de Medicina da Bahia

EM 16 DE OUTUBRO DE 1911

PARA SER DEFENDIDA POR

José Gonçalves dos Santos

NATURAL DE PERNAMBUCO

Afim de obter o Gráo

DE

DOUTOR EM MEDICINA

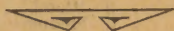
DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

DAS COMPLICAÇÕES DO DELIVRAMENTO

PROPOSIÇÕES

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DO CURSO

DE SCIENCIAS MEDICAS E CIRURGICAS

BAHIA

Lith. Typ. e Enc. Gonçalves, Teixeira & C.

3 — Praça Marechal Deodoro — 3

1911

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

DIRECTOR — Dr. Augusto Cezar Vianna
VICE-DIRECTOR— . . . .
SECRETARIO—Dr. Menandro dos Reis Meirelles
SUB-SECRETARIO — Dr. Matheus Vaz de Oliveira

PROFESSORES ORDINARIOS

DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
Manuel Augusto Pirajá da Silva	Historia natural medica.
Pedro da Luz Carrascosa	Physica medica.
José Olympio de Azevedo	Chimica medica.
Antonio Pacifico Pereira	Anatomia microscopica.
José Carneiro de Campos	Anatomia descriptiva.
Manuel José de Araujo	Physiologia.
Augusto Cezar Vianna	Microbiologia.
Antonio Victorio de Araujo Falcão	Pharmacologia.
Guilherme Pereira Rebello	Anatomia e Histologia pathologicas.
Fortunato Augusto da Silva Junior	Anatomia medico-cirurgica com operações e apparelhos.
Anisio Circundes de Carvalho	Clinica medica.
Francisco Braulio Pereira	Clinica medica.
João Americo Garcez Fróes	Clinica medica.
Antonio Pacheco Mendes	Clinica cirurgica.
Braz Hermenegildo do Amaral	Clinica cirurgica.
Carlos Freitas	Clinica cirurgica.
Francisco dos Santos Pereira	Clinica ophtalmologica.
Eduardo Rodrigues de Moraes	Clinica oto-rhino-laryngologica.
Alexandre Evangelista de Castro Cerqueira	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Gonçalo Muniz Sodré de Aragão	Pathologia geral.
José Eduardo Freire de Carvalho Filho	Therapeutica.
Frederico de Castro Rebello	Clinica pediatrica medica e hygiene infantil.
Alfredo Ferreira de Magalhães	Clinica pediatrica cirurgica e orthopedia.
Luiz Anselmo da Fonseca	Hygiene.
Josino Correia Cotias	Medicina legal
Climerio Cardoso de Oliveira	Clinica obstetrica.
José Adeodato de Souza	Clinica gynecologica.
Luiz Pinto de Carvalho	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Aurelio Rodrigues Vianna	Pathologia medica.
Antonino Baptista dos Anjos	Pathologia cirurgica.

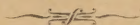
PROFESSORES EXTRAORDINARIOS

Egas Moniz Barretto de Aragão	Historia natural medica.
João Martins da Silva	Physica medica.
Pedro Luiz Celestino	Chimica medica.
Adriano dos Reis Gordilho	Anatomia microscopica.
José Affonso de Carvalho	Anatomia descriptiva.
Joaquim Climerio Dantas Bião	Physiologia.
Augusto Couto Maia	Microbiologia.
Francisco da Luz Carrascosa	Pharmacologia.
Julio Sergio Palma	Anatomia e Histologia pathologicas.
Eduardo Diniz Gonçalves	Anatomia medico cirurgica com operações e apparelhos.
Clementino da Rocha Fraga Junior	Clinica medica.
Caio Octavio Ferreira de Moura	Clinica cirurgica.
Clodoaldo de Andrade	Clinica ophtalmologica.
Albino Arthur da Silva Leitão	Clinica dermathologica e syphiligraphica.
Antonio do Prado Valladares	Pathologia geral.
Frederico de Castro Rebello Koch	Therapeutica.
José de Aguiar Costa Pinto	Hygiene.
Oscar Freire de Carvalho	Medicina legal.
Menandro dos Reis Meirelles Filho	Clinica obstetrica.
Mario Carvalho da Silva Leal	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Antonio Amaral Ferrão Moniz	Clinica analytica e industrial.

PROFESSORES EM DISPONIBILIDADE

Dr. João Evangelista de Castro Cerqueira	Dr. Sebastião Cardoso.
Dr. Deocleciano Ramos	Dr. José Rodrigues da Costa Doria.

A Faculdade não approva nem reprova as opiniões exaradas nas theses pelos seus auctores.

Introducção

É mister, para que inicie o assumpto preferido para a dissertação—COMPLICAÇÕES DO DELIVRAMENTO—dar uma explicação concisa sobre os diversos modos de delivramento.

Delivramento é a expulsão dos annexos do feto, constituidos por placenta, membranas e cordão umbilical.

Comprehende tres tempos: descollamento da placenta e das membranas; passagem dos annexos para o segmento inferior do utero, depois para a vagina; sua sahida pela vulva.

O delivramento é espontaneo, quando se dá sem que o parteiro intervenha; natural, se ha interferencia por manobras externas; artificial, quando a mão é introduzida no utero para determinar ou completar o descollamento da placenta.

Descollamento da placenta e das membranas.—Divergentes são as opiniões para explicar o mecanismo do descollamento placentario.

Para Baudelocque, as adherencias da placenta são destruidas, ordinariamente, pelos esforços que faz o utero para expulsar o feto, e, conforme o lugar por onde se despega a placenta, phenomenos diversos se passam; assim é que, quando a desunião se dá pelo centro ou por um ponto de sua circumferencia, afastado do orificio uterino, a placenta apresenta-se pela face fetal, formando uma bolsa que se enche de sangue—*hematoma retro-placentario*—quando porém, o descollamento se faz pela parte inferior, mormente na visinhança do orificio uterino, a placenta se dobra em forma de cylindro e no sentido do diametro longitudinal do utero; sua sahida é então precedida de uma diffusão de sangue.

Desormaux e Dubois, adeptos da theoria de Baudelocque, admittindo erroneamente a implantação da placenta no fundo do utero, consideram tambem como ordinaria sua separação pelo centro e fazem gozar de um papel importante no descollamento, o sangue accumulado na cavidade formada ás custas da placenta e da parede uterina. Segundo Matthews Duncan, cabe ao tecido muscular o principal papel no descollamento. A retracção e contracção do utero, diminuindo o diametro de sua cavidade, impellem e levam a placenta ao exterior; esta se enrola longitudinalmente sobre a face fetal e apresenta-se por um bordo.

Pinard e Varnier demonstram que as forças postas em acção para produzir o descollamento da placenta são: elasticidade, retractilidade e contractilidade dos elementos funccionaes do utero, repartidas de modo desigual. Com effeito, durante e logo depois da expulsão fetal, cada ponto da parede uterina tende a se approximar do

centro da cavidade; mas, a parte da parede correspondente á inserção placentaria fica mais afastada deste centro, em razão da presença da placenta e de sua maior força elastica, retractil e contractil, pois esta porção parietal é mais delgada. Para fazer desapparecer a desigualdade, uma lucta constante se estabelece; os elementos musculares de redor da placenta actuam sobre a parte adelgaçada e reduzem sua superficie por um movimento vermicular. Comprehende-se então que, pela contracção do musculo uterino, toda placenta fica physiologicamente encastoada logo depois da expulsão fetal, qualquer que seja sua situação na cavidade uterina.

Das experiencias feitas por Pinard e Varnier e Ribemont, em peças congeladas, resulta que, o descollamento da placenta se faz da peripheria para o centro; e, quando a placenta está descollada parcialmente, o musculo uterino fica espesso ao nivel da porção despegada, delgado porém, no ponto ainda adherente.

Durante o descollamento placentario as membranas quasi não soffrem modificações; o chorion e a caduca só se separam da parede uterina depois da placenta. É esta que, pelo seu pezo e pelo impulso recebido da contracção e retracção uterinas, determina o descollamento das membranas.

2.º tempo.—Os annexos do feto passam do utero para a vagina. Depois de se achar no segmento inferior, novas contracções fazem com que a placenta penetre no orificio uterino, que por ella se deixa distender, e passe para a vagina.

3.º tempo.—Expulsão das páreas. Em algumas mulheres, logo que a placenta chega na vagina é projectada

pelas contracções uterinas, vaginaes, e pelo esforço reflexo que nasce na occazião em que a massa dos annexos se encosta sobre a parede rectal e o perineo; em outras mulheres porém, não se manifestando necessidade de expulsão, porque as paredes vaginaes já distendidas pela passagem do feto não podem soffrer uma dilatação sufficiente da parte da placenta, resulta que, esta se pode demorar na cavidade vaginal durante um espaço de tempo mais ou menos longo

Signaes clinicos do delivramento.—As diversas phases do delivramento espontaneo se traduzem por signaes clinicos, subjectivos e objectivos, que o parteiro deve conhecer muito bem para saber agir opportunamente, se quizer auxiliar a natureza com a extracção simples ou em caso de accidente.

Signaes subjectivos—Após a expulsão fetal, a parturiente sente um bem-estar profundo; mas, no fim de um espaço de tempo variavel, ella accusa a sensação de uma contracção uterina, de uma colica mais intensa do que no periodo de expulsão. Cessa a dôr, vem nova contracção mais forte, depois outra, e assim se vão succedendo de mais a mais fortes. Um certo numero de contracções depois, a mulher sente no perineo a pressão de um corpo—a placenta;—vem de novo a necessidade da contracção que termina com a expulsão placentaria.

Signaes objectivos.—Os signaes objectivos são representados pelas modificações que soffre o utero em sua fórma, situação, volume e consistencia; pela effusão sanguinea externa e pelos dados fornecidos pelo toque e pelo exame do cordão umbilical.

Depois da expulsão do feto, o utero forma uma

massa arredondada, regular, de fundo ligeiramente convexo. Fica um pouco achatado de diante para traz, mais ou menos globuloso conforme o modo de descollamento da placenta; quasi espherico se a placenta desce pela face fetal, mais allongado se a descida é pelo bordo. Communmmente situado na linha media, algumas vezes inclinado para a direita ou para a esquerda, o utero dá, no intervallo das contracções uma sensação de resistencia elastica, constituindo o que Pinard chama o *globo de segurança*, muito notavel nas primigestas. Na occasião das contracções o utero se torna duro, seu diametro antero-posterior augmenta e o transverso reduz-se. Quando a placenta descollada passa da cavidade uterina para o segmento inferior, o utero se eleva; quando porém, a placenta passa para a vagina elle se abaixa, ficando situado dois a tres centimetros abaixo do umbigo, depois do delivramento.

O delivramento dá lugar sempre a uma diffusão de sangue, cujos caracteres differem conforme o modo da apresentação placentaria. Se é a face fetal que se apresenta, não ha effusão sanguinea externa notavel antes da sahida dos annexos, porque emquanto a parte das membranas, proxima a peripheria da placenta, esta pegada ao utero, o sangue não se pode escapar, ficando entre a placenta e a parede uterina; é somente quando aquella porção das membranas esta completamente descollada que o sangue se escôa.

Na apresentação da face materna ou do bordo da placenta, precocemente se observa um derramamento de sangue para o exterior, porque o descollamento das membranas se dá logo. Estes caracteres da diffusão sanguinea não são entretanto absolutos, porque mesmo

em caso de apresentação da face fetal da placenta, o despegamento das membranas, até o orificio do utero, pode dar-se muito cêdo e o sangue apparecer exteriormente.

O toque deve ser praticado o menor numero de vezes possivel durante o delivramento, pois que, pela palpação e pela mensuração do utero, se pode, até certo ponto, reconhecer as diversas phases do delivramento espontaneo; mas, se estes dados são insufficientes, a introducção do dedo nos orgãos genitaes permitte verificar não só a apresentação da placenta como tambem a sua retenção no utero ou sua penetração na vagina.

O exame do cordão pode fornecer alguns dados. Se, depois da sahida do feto, se repara a parte do cordão que corresponde ao orificio vulvar e faz-se certo tempo depois uma ligeira tracção, vê-se sahir da vulva uma nova porção de cordão, ficando o ponto reparado a uma certa distancia do orificio vulvar; esta distancia indica que a placenta desceu e a extensão da descida. É este o signal de Alhfeld. Ha ainda um outro signal — de Strassman — fornecido pelo cordão umbilical, pelo qual se sabe se a placenta está ou não descollada. Fazendo-se simultaneamente o exame da porção do cordão que sahe pela vulva e pressão sobre o fundo do utero, nota-se, estando a placenta ainda adherente, uma intumescencia e fluctuação na veia umbilical devidas ao sangue lançado pela expressão. Não se produz este phenomeno se a placenta está descollada. Para que este signal seja percebido, é necessario ligar a extremidade placentaria do cordão, o que actualmente se não faz.

Delivramento natural.—O delivramento espontaneo carecendo, para se produzir, de um espaço de tempo muito variavel, é habitual o parteiro intervir por manobras diversas, auxiliando a expulsão dos annexos. O emprego destas manobras constitue o que se chama delivramento natural ou extracção simples.

Tres são os methodos utilisados: o das tracções sobre o cordão; o da expressão placentaria; o mixto.

Antes de descrever estes processos é de grande importancia precisar o momento de escolha para a intervenção, porque ha inconvenientes e perigos conforme se age muito tarde ou muito cêdo. Realmente, a expulsão espontanea se faz, de ordinario, tres horas depois do parto, podendo entretanto se demorar muito mais, e, durante este tempo, a placenta fica na cavidade cervico-vaginal; ora, nestas condições não ha utilidade alguma em se esperar, ao contrario, pode haver inconvenientes e um destes é o accumulo de sangue detrás da placenta, podendo distender o segmento inferior do utero e auxiliar a inercia. É de proveito pois, poupar estes inconvenientes não agindo tardiamente.

A interferencia precoce, antes do descollamento completo da placenta, é perigosa, porque os vasos uterinos se abrem antes que comece o elemento essencial da hemostase—contracção uterina. O momento opportuno para intervir é quando se dá o descollamento da placenta, indicado pelos differentes signaes clinicos.

Methodo das tracções sobre o cordão.—Este methodo, como seu nome indica, consiste em extrahir a placenta puchando-a pelo cordão umbilical. Pratica-se do seguinte modo: chegada a occasião de intervir, que é quando a

placenta, completamente descollada, cahe no segmento inferior do utero, a parturiente é collocada em posição obstetrica, com as nadegas um pouco elevadas; depois, o parteiro, tendo a mão esquerda sobre o abdomen para cuidar do utero, enrola o cordão umbilical sobre o index e o medio da mão direita, segura-o em seguida entre o pollegar e o index, proximamente a vulva, e começa então a fazer tracções lentas e continuas, no intervallo das contracções, para evitar a ruptura das membranas e a sua retenção parcial. Pinard aconselha, antes do começo das tracções, fazer sempre o toque para verificar o modo de apresentação da placenta e da inserção funicular.

As tracções devem ser feitas seguindo o eixo da bacia se a inserção do cordão está exactamente no seu centro; verticalmente para baixo e para tras se a inserção está atrás da symphise pubiana; para cima e para diante se está na concavidade do sacro; da direita para a esquerda se está á direita e inversamente se está á esquerda.

Para dirigir as tracções no eixo do estreito superior da bacia se pode empregar a manobra que Mauriceau designa *roldana de retorno* e que consiste no seguinte:

Introduzem-se dois dedos de uma das mãos, o index e o medio, na vagina, immediatamente atrás do pubis. Colloca-se o cordão na roldana formada pela juxtaposição dos dois dedos, cujas extremidades recalcam a haste funicular para trás, e com a outra mão fazem-se as tracções.

Cessam-se as tracções, dispondo a mão direita em forma de cupula para receber a placenta, quando esta vem atravessando a vulva.

Para que as membranas saiam completas basta, de ordinario, afastar lentamente a placenta dos orgãos geni

taes. Experimentando-se resistencia, segura se a placenta com as duas mãos, executando um numero sufficiente de movimentos de rotação, para enrolar as membranas em forma de corda até as partes mais elevadas e mais resistentes; se, apezar desta precaução, se não vence a resistencia se cortam as membranas rente á vulva e liga-se o retalho restante com um fio aseptico, que permitte fazer tracções ulteriormente. Este fio não deve permanecer por mais de vinte e quatro horas, porque expõe á infecção uterina.

Expressão.— Para este modo de delivramento natural tres methodos existem: o de Crédé ou de expressão immediata; o de Alhfeld ou de expressão retardada; e o mixto.

O primeiro, de Crédé, consiste em friccionar, immediatamente depois da expulsão fetal, a principio levemente depois vigorosamente, o fundo do utero atravéz da parede abdominal; depois, quando a contracção chega a sua maior intensidade, segurar o fundo uterino com uma ou duas mãos exercendo uma pressão dôce. Durante esta manobra, a mão sente a placenta sahir do utero e algumas vezes mesmo se vê sahir da vulva. Este methodo apresenta serios inconvenientes. E' doloroso, susceptivel de determinar a ruptura da placenta ou das membranas e sua retenção, porque não poupa o acto physiologico do descollamento. Demais, a intervenção, feita immediatamente depois da expulsão fetal, não respeita o periodo de nercia physiologica, não se podendo portanto contar com a hemostase natural; de onde, a maior frequencia das hemorrhagias após o delivramento.

O methodo de Alhfeld é uma modificação do de

Crédé e tem, sobre este, a vantagem de respeitar o mecanismo normal do descollamento placentario, porque a intervenção é feita uma hora e meia depois da expulsão do feto. Então a expressão se faz da maneira que se segue: Colloca-se a mão sobre o fundo do utero, segurando-o de modo que o pollegar seja applicado sobre sua face anterior e os outros dedos sobre a face posterior; depois, no intervallo de duas contracções, se fecha a mão sobre o fundo uterino; a placenta apparece então na vulva. Pinard, Tarnier e Schauta são partidarios do methodo de Alhfeld, intervindo porém mais cêdo.

O methodo mixto, das tracções sobre o cordão e expressão uterina combinadas, pratica-se do modo seguinte:

Approximadamente meia hora depois da expulsão do feto, sendo feito o toque para verificar a situação da placenta e da inserção funicular, se espera o intervallo de duas contracções e segura-se simultaneamente o cordão, com uma das mãos, fazendo tracções lentas, e o fundo do utero com a outra, exercendo uma pressão dirigida de cima para baixo e de diante para trás de modo a determinar a compressão do utero, seu abaixamento na bacia e a correcção de sua anteflexão.

Delivramento artificial.—Dá-se este nome á operação que consiste em introduzir a mão na cavidade uterina para descollar e extrahir a placenta.

E' indicado na maior parte dos accidentes que podem surgir durante o delivramento, principalmente nas hemorrhagias e nas retenções da placenta.

Antes de introduzir a mão na cavidade do utero se devem tomar os cuidados antisepticos mais minuciosos. O parteiro deve desinfectar rigorosamente as mãos, os

antebraços e as partes inferiores dos braços. Os orgãos genitaes externos da parturiente devem ser desinfectados com cuidado, praticando-se depois uma injecção vaginal antiseptica. Em caso de hemorrhagia grave, por exemplo, não havendo tempo para tomar precauções antisepticas muito rigorosas, porque é preciso agir rapidamente, se faz uma antisepsia summaria. Quanto á anesthesia, não ha inconveniente em a praticar em casos outros que não a perda brusca de uma grande quantidade de sangue.

O manual operatorio do delivramento artificial é o seguinte: Tomadas as precauções antisepticas, introduz-se a mão direita, previamente lubrificada e disposta em forma de cone, nos orgãos genitaes, depois, seguindo o cordão umbilical, na cavidade uterina. A mão esquerda é então collocada sobre o fundo de utero para o manter abaixado.

Para penetrar entre a placenta e a sua superficie de inserção, se procura levar a mão entre a parede uterina e as membranas, o que é simples e permitte attingir directamente o bordo placentario, se aquellas foram descolladas por uma hemorrhagia. Quando as membranas estão adherentes, é preciso rompel-as ao nivel do bordo placentario, levando a mão pelo interior do ovo. Se, com esta manobra, não é possivel rasgar as membranas, se pode perfurar a placenta com o dedo e descollal-a circularmente.

Para praticar o descollamento da placenta se pode empregar o bordo cubital ou o bordo radial da mão, agindo como uma faca que corta as folhas de um livro. Este processo é sufficiente quando a placenta está pouco adherente. Se a adherencia placentaria é muito intima se

utilisam as extremidades dos dedos unidos, fazendo pressão até descollar todos os cotyledones.

A placenta, depois de completamente descollada, é recebida pela face palmar da mão disposta em forma de colher, e extrahida docemente, completando-se o descollamento das membranas.

Esta extracção pode ser feita na occasião de uma contracção uterina ou immediatamente; neste ultimo caso porém, se o utero se não contrahe, se deve ter o cuidado de reintroduzir rapidamente a mão na cavidade uterina e extrahir os coalhos sanguinos que possam existir. Assim procedendo, a hermorrhagia não pode produzir-se porque o ante-braço faz o papel de um tampão; a presença da mão excita as contracções e permitte verificar se ha na cavidade uterina restos de cotyledones ou de membranas.

O delivramento artificial é geralmente fácil; entretanto, casos ha em que se podem encontrar obstaculos e entre estes cito: o encarceramento da placenta por espasmo parcial ou generalisado do utero e adherencias placentarias muito intimas. No primeiro caso, é preciso dilatar artificialmente a região attingida de espasmo, o que se pode conseguir com os dedos, e extrahir a placenta rapidamente. Se o espasmo é invencivel, se pode introduzir na cavidade uterina um balão dilatador de Barnes ou o de Champetier de Ribes; mas, é prudente intervir mais tarde.

Para os casos de adherencias placentarias muito intimas ha diversos processos de intervenção. Hamilton aconselha segurar a placenta com a mão, a polpa dos dedos ficando em contacto com os bordos do orgão; depois, approximar os dedos, de modo a reduzir a placenta

de volume, e determinar por escorregamento o seu descollamento. Hueter e Duncan comprimem o tecido placentario com duas mãos, uma no interior do utero e outra sobre o fundo. Budin procede, destacando os cotyledones um a um e segurando-os entre o pollegar, o index e o medio.

O delivramento artificial pode dar lugar a accidentes graves, taes como: arrancamento dos labios do collo, perfuração e inversão uterinas. Estes accidentes, devidos ordinariamente a erros de sensação e a falta de technica, podem ser evitados se a intervenção é feita com prudencia e attenção.

Depois de terminado o delivramento, qualquer que seja seu modo, a precaução essencial é examinar os annexos.

Para examinar os annexos do feto, è preciso em primeiro logar dispôr convenientemente a placenta e as membranas, collocando-as na posição que occupavam no interior do utero, isto é, com a face fetal para dentro. Colloca-se a placenta repousando pela face fetal, em um vaso largo e de fundo chato, para proceder o exame de face materna e verificar se ha ou não perda de substancia nos cotyledones e nos sulcos que os separam. Depois se examina a face fetal da placenta e a bolsa ovular, para o que é preciso collocar a face materna da placenta sobre um plano resistente e introduzir a mão no interior do sacco ovular.

Após um parto normal, a bolsa ovular se conserva intacta com um orificio de sahida circular ou ovalar. Suas paredes são constituidas por tres membranas; amnios, chorion e caduca, que devem estar com seus caracteres. O amnios, a interna, pode ser completamente isolada do chorion, resistente, transparente e liso. A caduca

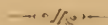
adhere intimamente ao chorion. Se as membranas, antes do descollamento completo, soffreram tracções, o sacco não pode ser reconstituido, indicando a adherencia de retalhos ao utero. As membranas devem ser ainda examinadas por transparencia, contra a luz, porque assim se pode verificar se ha vasos que serpejam na espessura do chorion e seccionados nos bordos das membranas, indicando a retenção de um cotyledon supplementar.

DISSERTAÇÃO

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA

DAS COMPLICAÇÕES DO DELIVRAMENTO

I

Hemorrhagias do delivramento

Os accidentes que podem surgir, complicando o delivramento, são: as hemorrhagias e a inversão uterina que, embora não sejam da mesma frequencia, apresentam, entretanto, grande importancia.

O delivramento normal acompanha-se sempre de uma effusão sanguina physiologica, muito variavel em quantidade, que se torna pathologica quando, pelo momento em que se produz e pela sua abundancia, ameaça a saúde da parturiente dando lugar aos phenomenos caracteristicos da espoliação sanguina excessiva, merecendo então o nome de—hemorrhagia do delivramento.

As hemorrhagias do delivramento podem ser immediatas ou primitivas quando se produzem durante o delivramento ou immediatamente depois; secundarias ou tardias quando surdem nas horas ou nos dias seguintes á expulsão dos annexos do feto.

O sangue que se escôa durante ou immediatamente depois do delivramento, constituindo a hemorrhagia primitiva, dimana ordinariamente do corpo do utero.

ETIOLOGIA.—Para que uma hemorrhagia se possa produzir no corpo do utero, é necessario que a placenta esteja parcialmente ou totalmente descollada, ficando assim abertos os seios uterinos, e que se não faça a hemostase espontanea por contracção e retracção musculares; que haja, portanto, adynamia ou atonia uterina.

O descollamento da placenta pode começar durante ou antes da expulsão fetal. Este caso, relativamente raro, se pode dar quando o parto é muito longo e o utero se retrahe em excesso, ou quando uma anomalia na disposição do ovo—placenta previa, curteza do cordão umbibilical—determina condições taes, que o feto arrasta a placenta em seu movimento de progressão. Ainda outros casos podem determinar o descollamento prematuro da placenta: manobras intra-uterinas praticadas para a extracção do feto; as applicações de forceps, quando as membranas são agarradas entre a cabeça e as colheres; a intervenção intempestiva do parteiro, por tracções sobre o cordão ou por expressão uterina.

O factor mais consideravel das hemorrhagias do deiivramento é, porém, a inercia parcial ou total do musculo uterino, sendo portanto necessario o conhecimento das suas causas.

O utero, na mulher gravida, adquire propriedades que eram antes pouco apreciaveis ou mesmo inexistentes: a contractilidade, que se apresenta durante os seis mezes da gravidez, no decurso do parto e do delivramento, e a retractilidade, por meio da qual as fibras musculares do utero, á medida que este se exhaure, vol. tam ao seu estado primitivo. Se estas duas prspriedades —contractilidade e retractilidade—que concorrem para o

descollamento da placenta e para a hemostase espontanea, não se manifestam, se dá então a inercia uterina; e, se a placenta está ainda adherente, o fluxo sanguino não se apresentará, pois os vasos não foram abertos—inercia simples. Se, ao contrario, a placenta se descolla em parte ou totalmente, a hemorrhagia virá, pois que os seios uterinos se abriram—inercia complicada.

Em algumas mulheres, a inercia se manifesta primitivamente e pode reproduzir-se em diversos partos. Alguns consideram responsaveis por esta atonia primitiva diversos estados: a obesidade, a hemophilia, a fraqueza geral do systema muscular lizo, a hereditariedade, as molestias que debilitam o organismo—tuberculose, cancer, mal de Bright e outras—as emoções moraes e até mesmo o calor.

Outras causas secundarias intevêm determinando a atonia.

O musculo uterino é, como outro qualquer, capaz de se fatigar; assim é que, em seguida aos partos demorados e difficeis, a inercia pode declarar-se, dando lugar á hemorrhagia. A gravidez gemea, a grande quantidade de liquido amniotico, distendendo muito o utero, são causas de adynamia durante o delivramento.

As mulheres, cujos partos se dão muito rapidamente, os uteros ficando como que estuporados, podem perder muito sangue na occasião do delivramento; o mesmo se pode observar quando a expulsão fetal se dá, estando a mulher em posição vertical; mas, neste caso, intervem o descollamento prematuro da placenta, produzido por tracções do feto sobre o cordão umbilical.

Os tumores abdominaes e os fibromas uterinos são, muitas vezes, causas de hemorrhagia; estes impedem a

contracção ou a retracção dos elementos musculares do utero, conforme são intersticiaes ou sub-mucosos.

Estados morbidos geraes ha que podem agir como causas de hemorrhagias: assim acontece nas mulheres albuminuricas, cardiacas; nas infectadas antes do parto.

Quando o utero se distende, pelo accumulo de gazes septicos devidos a acção de microbios anaerobios, fica em atonia, a fibra muscular sendo paralysada pelas toxinas.

Os restos de cotyledones ou de membranas, os coalhos sanguinos, impedindo a retracção uterina, podem agir determinando hemorrhagias.

Nos casos de fetos mortos e macerados, não são muito raras as hemorrhagias do delivramento.

Symptomatologia.— As hemorrhagias do delivramento se traduzem por tres signaes principaes: effusão sanguina externa, que pode não existir em certas formas; modificações na consistencia do utero; phenomenos de anemia aguda.

O fluxo sanguino pode manifestar-se de differentes maneiras: ou o sangue, dimanado da ferida placentaria, sahe pela vulva—*hemorrhagia externa*; on o sangue se escôa e accumula-se na cavidade uterina, retido pela placenta ou por coalhos—*hemorrhagia interna*; ou, finalmente, uma parte do sangue sahe pela vulva e outra se accumula no utero—*hemorrhagia mixta*.

Estas tres variedades de hemorrhagias, com igual quantidade de sangue, determinam communmente os mesmos phenomenos, porque é na abundancia do fluxo que está a gravidade do caso.

Quando a hemorrhagia é externa o sangue proveniente dos vasos uterinos, abertos depois do descollamento

placentario, se infiltra entre a parede do utero e a placenta, despega as membranas até o orificio interno do collo, passa pelo canal cervical e vagina, e sahe pela vulva.

A hemorrhagia pode ser bruscamente muito abundante se a placenta está despegada em grande parte; em alguns minutos se podem escoar quinhentas a oitocentas grammas de sangue, apparecendo rapidamente os phenomenos de anemia aguda, que determinam a morte se se não intervem. O fluxo é, ao contrario, moderado quando o descollamento da placenta se dá em pequena extensão, mas, pode ser continuo e tornar-se mais intenso na occasião em que o utero se contrahe. Se novas porções de placenta se despegam, a effusão sanguina pode augmentar; mas, se as contracções reapparecem ella pode diminuir ou mesmo cessar, em virtude do papel essencial que gosam estas mesmas contracções na hemostase da ferida placentaria.

A resudação continua torna-se grave pela persistencia e pode passar despercebida até certo tempo, se o leito, em que se acha a parturiente, é permeavel, deixándo filtrar o sangue.

A intensidade dos phenomenos da anemia aguda varia na razão directa da quantidade do sangue escôado.

Em certas mulhéres, é sufficiente uma perda sanguina de quinhentas a seiscentas grammas, para que os signaes de anemia aguda se manifestem; em outras, porém, são necessarias oitocentas grammas a um litro de sangue para os fazerem apparecer. Vê-se, portanto, que a quantidade de sangue, necessaria para o apparecimento dos phenomenos de anemia aguda, é variavel de individuo a individuo.

Ao mesmo tempo que a diffusão sanguina externa, se observam, pela palpação abdominal, os signaes physicos da atonia uterina. O utero augmenta um pouco de volume, torna-se flacido, depressivel; as contracções são fracas ou mesmo não existem e, muitas vezes, a paralysia se localisa nesta ou naquella zona.

Pelo toque se aprecia o gráo de migração da placenta que, se está ainda na cavidade do utero e descollada incompletamente, fica muitas vezes imperceptivel; outras vezes, pode ser sentida, apontando no orificio uterino.

Algumas vezes se sente na vagina uma bolsa molle, constituida pelas membranas invertidas e cheias de sangue.

Os phenomenos da anemia aguda serão descriptos mais adiante, quando tratar dos accidentes consecutivos ás hemorrhagias.

Na hemorrhagia interna, os signaes clinicos são um tanto differentes dos da variedade precedente.

Ordinariamente, o fluxo sanguino é lento e incidioso; o sangue distende o utero progressivamente e accumula-se com certa difficuldade. A hemorrhagia revela-se pelos phenomenos de anemia aguda progressiva e pelas modificações do utero; aqui não ha o corrimento sanguino externo.

A diffusão sanguina interna pode fazer-se no corpo do utero ou no segmento inferior.

Quando o derramamento se faz no corpo do utero, apparecem em primeiro lugar os phenomenos de anemia, perturbações sensoriaes e circulatorias.

O utero apresenta uma flacidez excessiva, augmenta de volume de mais a mais, distendido pelo sangue; seu

fundo vai além do umbigo e algumas vezes pode mesmo attingir a região epigastrica.

A molleza do utero pode ser em gráo tal, que a mão não lhe chega a limitar o contorno.

A expressão feita no utero, assim cheio de sangue, determina a sahida, pela vulva, de uma certa quantidade de liquido misturado a coalhos.

Algumas vezes se observam dous signaes caracteristicos do accumulo de sangue na cavidade uterina: o corrimento, pela vulva, de uma serosidade avermelhada, de grande valor clinico segundo Budin, e as dôres continuas dos rins, sobre as quaes muito tem insistido Charles.

A hemorrhagia do segmento inferior é mais rara do que a do corpo do utero e, de ordinario, não apresenta muita gravidade. O sangue accumula-se no segmento inferior, o corpo do utero conservando as suas dimensões normaes. Para que isto se dê, são necessarias as condições seguintes: que o sangue não possa correr para o exterior; que o segmento inferior, flacido, se deixe distender pelo sangue; que o corpo uterino tenha conservado contractilidade sufficiente para que o sangue se não accumule no seu interior. Estas condições são preenchidas quando a placenta, completamente descollada, oblitera as vias genitaes inferiores, e o corpo do utero apresenta zonas de inercia local correspondente á superficie de inserção placentaria, que continúa a dar sangue.

Os signaes clinicos da hemorrhagia no segmento inferior são: os phenomenos de anemia aguda e a ausencia da effusão sanguina externa; mas, os signaes revelados pela palpação são differentes dos da hemorrhagia no corpo uterino.

O globo uterino apresenta-se ordinariamente com

seu volume normal e de consistencia bastante dura; seu fundo colloca-se muito acima do umbigo, porque apparece no pubis um tumor que augmenta pouco a pouco. Este tumor, muito molle, se assimilhando á bexiga distendida, da qual se distingue pelo seu rapido augmento de volume ou pelo catheterismo, é formado pelo segmento inferior onde está o sangue accumulado.

O toque deixa sentir sempre, na vagina, a placenta apresentando sua face fetal ou uma bolsa membranosa cheia de sangue.

Quando o impedimento constituido pelos annexos desapparece, por expulsão espontanea ou porque se produza entre elle e as paredes vaginaes um espaço livre, o tumor hypogastrico se desfaz subitamente; a hemorrhagia torna-se então puramente externa.

A hemorrhagia mixta é, de todas as formas, a mais frequente, porque raramente se dá a effusão sanguina externa unica; na maioria dos casos, o sangue se accumula tambem, em parte, na cavidade uterina.

Os signaes, pelos quaes se pode reconhecer esta forma de hemorrhagia, são os das variedades externa e interna combinadas, havendo, ás mais das vezes, predominancia da hemorrhagia externa ou da interna.

Diagnostico.—Se o parteiro não observa attentamente a parturiente depois da expulsão do feto, as hemorrhagias do delivramento podem passar despercebidas; o contrario se dá, se elle tem o cuidado de palpar frequentemente o utero para sentir sua consistencia; de observar a effusão sanguina que se faz pelo utero e de tomar e contar o pulso, cuja acceleração é um dos primeiros signaes da anemia aguda.

Um utero flacido permitte reconhecer a atonia e a imminencia da hemorrhagia; a flacidez augmentando ao mesmo tempo que o volume do utero, pode affirmar-se que ha hemorrhagia interna.

A hemorrhagia no segmento inferior se reconhece pelo apparecimento e pelo desenvolvimento rapido de uma tumefacção molle na região hypogastrica, que se distingue da retenção urinaria e do hematoma intra-uterino consecutivo a uma ruptura do orgão, pelo catheterismo vesical e pelo toque intra-uterino.

Quando se manifesta uma diffusão sanguina externa, não se deve concluir logo a existencia de uma hemorrhagia dimanante da ferida placentaria; é preciso praticar uma exploração cuidadosa, mormente quando o utero se apresenta com seu volume normal e está bem retrahido, porque então o sangue pode ser proveniente de rupturas do segmento inferior, do collo, da vagina, da vulva ou do perineo, determinadas pelo traumatismo do parto. E', principalmente, nos casos de extracção do feto que ha probabilidades de rupturas dos orgãos genitaes, sendo necessario um exame methodico.

Para se distinguirem as hemorrhagias procedentes de rupturas, das que resultam do descollamento placentario, ha um elemento de algum valor e é: as primeiras se produzem immediatamente depois da expulsão do feto e as outras se manifestam muitas vezes alguns minutos depois.

Prognostico—O prognostico das hemorrhagias do delivramento depende de muitos factores.

O elemento mais importante a considerar é a quantidade de sangue, o que muitas vezes é difficil de avaliar.

Uma perda de mais de oitocentas grammas de sangue se torna séria; entretanto, mulheres ha que perdem mil e duzentas a mil e quinhentas grammas sem que experimentem accidentes alguns; outras, ao contrario, succumbem depois de uma hemorrhagia não muito abundante, porque nestas o systema nervoso reage mal contra a privação de sangue.

A rapidez com que se produz a hemorrhagia e o estado geral da parturiente, têm tambem importancia no prognostico.

As mulheres que perdem muito sangue durante a gravidez, as anemicas, as albuminuricas, as infectadas durante o trabalho do parto, resistem menos ás hemorrhagias. Outras causas intervêm aggravando as hemorrhagias de delivramento, taes são: as adherencies e encastoamentos da placenta, os fibromas sub-mucosos e as rupturas do utero.

Depois de uma perda abundante de sangue, é possivel julgar-se se vae ou não haver gravidade, pelo exame do pulso e pelo estado do systema nervoso—elementos estes de grande importancia. Se o pulso se apresenta fraco e precipitado, a mulher não está fòra de perigo.

As syncopes repetidas, a agitação, o delirio, as allucinações e as convulsões, tornam o prognostico sombrio.

HEMORRHAGIAS SECUNDARIAS OU TARDIAS—Algumas horas depois do delivramento ou, mais tardiamente, nos dias seguintes ao parto, hermorrhagias podem ser observadas.

A effusão sanguina, que se manifesta horas depois da expulsão dos annexos, pode ser externa, interna, ou mixta e é, muitas vezes, silenciosa e devida geralmente á retenção parcial da placenta ou das membranas.

As hemorrhagias que se produzem dias depois do parto, são menos graves que as precedentes e devidas à inercia tardia occasionada pelas retenções de cotyledones, de retalhos de membranas, de coalhos etc.

Ainda outras causas podem intervir, como: retenção urinaria, accumulo de materias fecaes no recto, molestias do figado, o levantar precoce da parturiente, o coito pouco tempo depois do parto, os fibromas uterinos, as grandes fatigas.

Accidentes consecutivos ás hemorrhagias—Quando as hemorrhagias são muito abundantes, de modo a diminuir a massa total do sangue, phenomenos se manifestam cujo conjuncto se denomina—anemia aguda.

A anemia aguda traduz-se por signaes subjectivos, caracterisados por perturbações das funcções do encephalo, dos orgãos dos sentidos e do apparelho respiratorio, e signaes objectivos, revelados pela exploração do apparelho cardio-vascular.

São, de ordinario, as perturbações encephalicas e sensoriaes que primeiro se apresentam

Ora a doente tem vertigem, ora excitação cerebral, agitação, delirio, terminando rapidamente por syncope.

As perturbações sensoriaes consistem, principalmente, em ruidos anormaes e desapparecimento rapido da visão.

A doente apresenta os labios descorados, as extremidades frias, os movimentos respiratorios rapidos. A auscultação do coração revela ruidos surdos ou quasi imperceptiveis O pulso accelera-se e torna-se filiforme.

Quando a hemorrhagia continùa ou a perda sanguina é excessiva, a anemia aguda termina pela morte, que sobrevem depois de uma ou muitas syncopes, ou

bruscamente, depois de algumas horas, quando a doente parece estar fóra de perigo.

Tratamento das hemorrhagias e dos accidentes consecutivos—O tratamento das hemorrhagias do delivramento pode ser prophylactico ou curativo,

Prophylactico—A proposito da etiologia das hemorrhagias eu disse que a inercia uterina era a sua causa principal; é preciso pois, se empregar todos os recursos para a evitar, não deixando a parturiente se esgotar por um trabalho prolongado; fazendo o possivel para impedir, quando o utero está superdistendido, a evacuação rapida do seu conteúdo.

Na occasião do delivramento é necessario agir com prudencia e paciencia; não começar as manobras do delivramento natural antes do descollamento completo da placenta.

Curativo—Os meios de que se dispõe para deter as hemorrhagias do delivramento são numerosos e, na maioria dos casos, dão resultado satisfactorio se são applicados com resolução e rapidez.

Estes meios podem ser divididos em temporarios e definitivos. Os primeiros comprehendem a *compressão da aorta á distancia e a compressão uterina.*

A compressão da aorta convém especialmente ás hemorrhagias immediatamente muito abundantes e pratica-se da maneira seguinte: Depois de estar á direita da parturiente, se colloca a polpa dos quatro ultimos dedos da mão esquerda sobre a parede anterior do abdomen, logo acima do umbigo, comprimindo-a progressivamente até encontrar a face anterior da columna vertebral. Levando então os dedos um pouco para a esquerda,

se sentem as pulsações da aorta sobre a qual se faz a compressão até deter o curso do sangue. Mas, a compressão feita immediatamente acima do umbigo, não impede o curso do sangue pelas arterias utero-ovaricas, que nascem em um ponto mais elevado; apezar disto, a hemorrhagia pode parar ou moderar muito porque houve abaixamento da prêssão sanguina.

A *compressão uterina* pode ser *mediata* ou *immediata*.

A primeira se faz pelo encostamento das paredes uterinas e por diversos processos, sendo entretanto o mais efficaz a *compressão bi-manual*, que se pratica da seguinte maneira:

Leva-se uma das mãos, deprimindo a parede abdominal, sobre a face posterior do utero; a outra mão é collocada horizontalmente acima do pubis, continuando sua direcção. Desta maneira se chega a comprimir totalmente o utero, encostando intimamente suas paredes.

Esta manobra, se bem que fatigante, pode ser prolongada por dez, quinze, ou mesmo vinte minutos e é bem tolerada pelas parturientes.

A compressão uterina immediata faz-se directamente sobre a ferida placentaria, por meio da mão ou de um tampão intra-uterino.

Processo manual.—Este processo consiste em introduzir uma das mãos na cavidade uterina, que deve ser previamente desimpedida da placenta e dos coalhos, e, depois de reconhecida a região da inserção placentaria, applicar sobre a superficie desta o dorso da mão introduzida, comprimindo, com a outra mão, a superficie externa correspondente.

Tamponamento intra-uterino.—E' este um excellente processo de hemostase e que age, não só obturando os

seios uterinos e permittindo a coagulação do sangue, como tambem auxiliando as contracções uterinas por uma excitação permanente.

O tamponamento intra-uterino pode ser feito com o auxilio de instrumentos ou sem estes. No primeiro caso, se fixa o collo do utero por meio de uma pinça e puxa-se para baixo. Um auxiliar segura a pinça com uma das mãos, fazendo tracção para impedir a ascenção do utero, e, com a outra mão, fixa o orgão, comprimindo-o atravéz da parede abdominal. O operador introduz, no canal cervical, dois dedos da mão esquerda, que servem de guia e reconhecem o limite inferior do corpo do utero; depois faz penetrar até o fundo do utero, com uma longa pinça, a extremidade de uma tira de gaze secco ou humedecido em agua esterilisada e expremido. Em seguida, o operador retira a pinça para, com esta, segurar nova parte do gaze e introduzil-a na cavidade uterina.

Esta manobra sendo reproduzida muitas vezes, o utero fica cheio; é então conveniente tamponar a vagina, até a vulva.

O tampão permanece no utero durante doze a vinte e quatro horas.

Praticameute se pode fazer o tamponamento intra-uterino sem o auxilio de intrumentos.

Depois de lavada a vulva com agua quente, sabão e uma solução antiseptica, se introduzem dois dedos no utero; sobre estes, servindo de guia, se faz escorregar a extremidade de uma tira de gaze até a cavidade do utero, recalcando-a em seguida até o fundo do orgão.

Para facilitar a introducção do gaze, a outra mão é collocada sobre o fundo do utero, atravéz da parede abdominal, e abaixa-o fortemente. Quando o utero está bem

cheio, se tampona a vagina e colloca-se adiante da vulva um penso de algodão, que se mantém por uma atadura.

Doze horas depois, se retira o tampão e faz-se uma injecção intra-uterina quente.

Meios definitivos. Estes agem como excitantes da contracção uterina e podem ser divididos em cinco classes: excitantes mecanicos, physicos, chimicos, medicamentosos e reflexos.

Excitantes mecanicos. A malaxação do utero e a irritação da sua superficie interna são os dois principaes excitantes mecanicos.

A malaxação consiste em fazer fricções brandas ou pressões energicas sobre toda a superficie exploravel do utero, atravéz da parede abdominal e com toda a face palmar da mão.

A irritação da superficie interna do utero se faz com a mão, introduzindo-a na cavidado do orgão, o que é sufficiente, muitas vezes, para provocâr a contracção.

Excitantes physicos. A agua fria e a agua quente provocam as contracções uterinas, e, o melhor meio de se ver a manifestação de sua acção, é injectando-as na vagina ou no interior do utero.

A injecção vaginal é sufficiente para produzir a contracção; mas, a injecção intra-uterina é mais efficaz e mais rapida.

A acção da agua quente se manifesta mais rapidamente, è mais energica e mais duravel do que a da agua fria.

E' pois, a injecção quente intra-uterina, cuja acção

è manifesta sobre a contração das fibras musculares, um excellente meio para combater contra as hemorrhagias do delivramento.

Para praticar esta injecção è necessario tomar certas precauções afim de que a operação dê os resultados desejados e não seja seguida de accidentes.

A primeira cousa a fazer é verificar que o utero nada contenha, nem placenta nem coalhos, porque Runge demonstrou que a acção da agua quente é principalmente efficaz quando o utero está vasio.

A temperatura da agua deve ser de quarenta e cinco a cincoenta gràos; acima deste ponto dá lugar á queimadura do utero, provocando uma inercia completa e definitiva.

A temperatura de escolha è de quarenta e oito gràos.

O recipiente, em que se colloca o liquido, deve ficar em uma altura regular, atè quarenta centimetros, no maximo, acima do plano do leito, para que a pressão não seja grande.

Os instrumentos que podem ser utilisados para a pratica da injecção intra-uterina são: a sonda de dupla corrente de Budin, a canula de Dolèris ou a de jacto recurrente de Leiter-Braün, ou mesmo uma canula vaginal ordinaria. Antes do emprego de qualquer destes instrumentos, é necessario expurgal-o de todo ar que contem; isto se obtem fazendo com que se estabeleça a corrente liquida.

Tomadas todas as precauções, introduzem-se dois dedos da mão esquerda na vagina para reconhecer o collo e o segmento inferior que estão flacidos e semelhantes a uma extremidade de intestino fluctuante; depois, estando

estabelecida a corrente liquida, o instrumento escolhido è posto em contacto com os dedos que servem de guia e, escorregando sobre elles por uma pressão branda. è introduzido na cavidade uterina. Um auxiliar colloca a mão sobre a parede abdominal para verificar o contacto da extremidade do instrumento com o fundo do utero e sentir a contracção do orgão.

Assim se deixa passar uma quantidade de agua variavel, até deter a hemorrhagia.

Por vezes a sahida do liquido è intermittente, porque o utero, se contrahindo sobre a sonda, impede em um momento que a injecção penetre; neste caso se deve ter o cuidado de abaixar o vaso que contem a agua quente para que a pressão intra-uterina diminua.

E' conveniente empregar-se a agua quente, em vez de pura, addicionada a um antiseptico, como o lysol a dez para mil ou o sublimado a um para quatro mil; mas, neste ultimo caso, è preciso fazer passar em seguida agua fervida simples ou boricada.

Excintante. chimicos. Estes comprehendem as substancias que irritam a superficie interna do utero; entre ellas, a empregada actualmente é o iodo em solução aquosa a tres para mil e na temperatura de quarenta e oito gráos.

Excitantes medicamentosos. O centeio espigado é um excellente excitante da contracção uterina e muito efficaz no tratamento das hemorrhagias depois do delivramento, mas sò deve ser administrado quando o utero está completamente vasio.

Pode empregar-se o esporão do centeio sob a forma de pó, recentemente preparado, na dose de uma á seis

grammas e por via buccal. Este modo de administração tem, porèm, inconvenientes: o medicamento pode ser rejeitado pelos vomitos e sua absorpção é incerta. E' muito preferivel empregar, em injecções sub-cutaneas, as ergotinas Yvon ou Lamante, em solução aquosa e na dose de um a dois centimetros cubicos, ou o alcaloide—a ergotinina Tanret—na dose de cinco a dez gottas.

O sulfato de quinina tem sido empregado no tratamento das hemorrhagias do delivramento, na dose minima de uma gramma.

Excitantes reflexos. Os excitantes sensitivos são susceptiveis de provocar contracções uterinas, com a condição, porém, de não serem dolorosos, porque do contrario se obtem acção inhibitoria, paralysadora da fibra uterina.

A excitação de differentes regiões dos tegumentos è capaz de despertar a contracção do utero e pode ser obtida com a applicação de compressas frias ou de sinapismos, sobre a pelle, por um pequeno espaço de tempo.

Ainda para luctar contra a complicação de que ora me occupo, quando apresenta gravidade excepcional, muitos parteiros têm tentado diversos outros meios: a inversão artificial do utero, seguida da ligadura do seu pediculo: a hysterectomia vaginal ou abdominal; a compressão do utero em anteflexão exaggerada, entre as duas mãos, depois de o ter tirado da cavidade abdominal e revirado sobre o pubis. São tantas operações que sò devem ser praticadas em ultimo recurso, em casos absolutamente desesperados.

Descriptos os differentes processos para combater

contra as hemorrhagias do delivramento, é preciso agora dizer em que casos clinicos são utilisados.

Quando a hemorrhagia é pouco importante, é bastante, as mais das vezes, fazer as fricções brandas e continuas sobre o utero ou as injecções vaginaes quentes.

Quando a hemorrhagia é abundante ou se renova, de maneira a se tornar inquietadora, não se deve perder tempo, mas intervir immediatamente. Se o descollamento da placenta se não deu, è necessario praticar o delivramento artificial, com todas as precauções asepticas e depois deixar a mão no interior do utero para excitar as contracções.

Se a placenta jà foi expulsa, é então preciso introduzir a mão na cavidade uterina, exploral-a com cuidado e retirar os corpos extranhos que possam ahi se achar—cotyledones, retalhos de membranas, coalhos. Depois do utero estar vasio, se pratica a injecção intra-uterina quente; mas se com estes meios nada se obtem, porque a hemorrhagia continúa, se poderá empregar o tamponamento intra-uterino, a injecção de ergotina ou ergotinina.

O tratamento da anemia aguda post-hemorrhagica deve ser combinado ao das hemorrhagias e comprehende diversas indicações:

Em primeiro logar é preciso collocar a mulher em posição horizontal, com a cabeça mais baixa do que as espaduas, de modo a fazer o sangue affluir para o cerebro. E' necessario depois levantar a tensão sanguina para o que se dispõe de tres meios: a transfusão verdadeira, a ligadura dos membros ou auto-transfusão e as injecções de sôro artificial.

A transfusão verdadeira, apresentando difficuldades de technica e perigos, está actualmente abandonada.

A ligadura dos membros faz o sangue affluir para os centros nervosos e pratica-se enrolando ao redor dos membros, desde as extremidades até as raizes, uma fita de linho. Pode empregar-se tambem a fita de Esmarch.

As injecções sub-cutaneas ou intravenosas de sôro artificial constituem o melhor meio para luctar contra as perturbações circulatorias da anemia aguda.

As injecções sub-cutaneas convêm aos casos de anemia aguda pronunciada, mas, onde não é necessario elevar rapidamente a pressão sanguina.

A quantidade de liquido a injectar varia com o estado da doente. Geralmente se injectam quinhentas grammas a um litro do liquido quente, a trinta e oito gráos, podendo esta dose ser repetida.

As injecções intravenosas são empregadas nos casos em que é preciso agir rapidamente. A dose do liquido é então de oitocentas a mil e quinhentas grammas, podendo renovar-se quando os phenomenos de anemia se aggravam.

Ao lado destas indicações principaes, empregam-se ainda a cafeina e o ether em injecções sub-cutaneas, o oxygenio em inhalações e o alcool por via buccal. As syncopes serão tratadas rela respiração artificial, excitações cutaneas, tracções rythmadas da lingua.

Depois é preciso collocar a mulher em immobilidade absoluta, com a cabeça baixa, para evitar uma syncope.

II

Inversão uterina

A inversão ou viramento do utero, *metranastrophe*, é uma modificação de forma e de situação, pela qual o fundo do utero, se deprimindo, desce mais ou menos profundamente na direcção do collo, penetrando no interior do orgão, de tal maneira que a sua face interna e concava se torna externa e convexa.

Este accidente se pode produzir na occasião do parto; mas, é observado principalmente durante ou depois do delivramento.

Durante o parto, a inversão é rara e pode dar-se com preferencia, nos casos de curteza do cordão umbilical, de tracções feitas sobre o feto ou quando a mulher expulsa o producto da concepção, estando collocada em posição vertical.

Na occasião do delivramento, o viramento é mais frequente e é causado, ás mais das vezes, por ensaios inopportunos de tracções sobre o cordão ou expressão uterina.

Após a expulsão dos annexos do feto se pode observar a inversão, em epocas mais ou menos distantes; mas,

geralmente se produz immediatamente ou algumas horas depois do delivramento.

Na inversão uterina se podem admittir tres grãos: No primeiro o fundo do utero se deprime de modo a fazer saliencia na cavidade do orgão, constituindo a depressão simples ou o que Mauriceau chama inversão em fundo de garrafa. No segundo, o viramento é mais apreciavel; o fundo do utero vai mais abaixo, attingindo o orificio interno do collo. Finalmente, no terceiro grão, o corpo uterino atravessa o collo e chega ao canal vaginal, que pode conservar sua extensão normal ficando o fundo do utero á certa distancia do orificio vulvar, ou se abaixar. Neste ultimo caso, o orgão repousa sobre o perineo.

O terceiro gráo da inversão pode ser ainda mais pronunciado; então o tumor, constituido pelo utero invertido, sahe pelo orificio da vulva.

Ha casos, se bem que muito raros, em que o collo do utero tambem se inverte, seu orificio externo ficando para cima; é o que constitue o que se chama inversão completa, cuja existencia é negada por alguns.

Bar admitte mais um quarto gráo de inversão uterina, no qual o orificio do utero e o collo se viram, arrastando uma parte da vagina ou sua totalidade.

Ordinariamente, a inversão uterina, em seu ultimo gráo, se detem no isthmo do utero, porque este está fixado pelos ligamentos do orgão e dos seus annexos. Bar, em duas necropcias, poude precisar a importancia de cada um destes meios de fixidade.

Os ligamentos pubo-vesico-uterinos e os utero-sacros, tomando inserção sobre o collo uterino, não podem impedir o movimento de inversão completa.

Os ligamentos redondos e os largos tambem não se oppõem ao viramento completo, porque têm uma extensão sufficiente para seguir a parede uterina sem que se distendam.

Os verdadeiros ligamentos que retêm a inversão completa, se distendendo bastante, são os que: His e Waldeyer chamam *ligamentos suspensores do ovario*, Henle denomina *infundibulo-pelvianos*, e Rouget, *redondos superiores*.

Estes ligamentos similham uma cinta, cujas extremidades se vão inserir nas partes lateraes da columna lombar e cujo centro suspende a face posterior do utero. Sua acção é auxiliada por duas fitas peritoneaes que, partindo da face posterior do utero, se vão inserir: a direita, na porção terminal do ilion, constituindo o *ligamento appendiculo-pelviano* de Clado, ou *plica genito-uterina* de Waldeyer; a esquerda, no S iliaco: é o *ligamento colo-pelviano*.

Etiologia e mecanismo.—O utero só se pode inverter quando sua cavidade, tornada larga e de paredes delgadas, flacidas e atonicas pelo desenvolvimento de um producto interior, se esvasia rapidamente, como se dá, muitas vezes, logo depois do parto. Ora, o utero tem a propriedade de se retrahir e contrahir, tornando a inversão difficil; mas, se ha falta das propriedades de contracção e retracção—inercia—apparecem então as condições para facilitar o viramento. A inercia do utero é, pois, a causa primitiva da inversão e pode manifestar-se durante o parto, durante ou depois do delivramento.

No mecanismo da inversão uterina, devem ser considerados dois casos, conforme a inercia é generalisada ou localisada.

Quando a atonia é generalisada, as paredes do utero ficando absolutamente flacidas, a inversão se pode dar e explica-se então por dois mecanismos: pressões sobre a parede externa do utero, ou tracções agindo sobre sua superficie interna.

As causas que agem sobre a parede uterina externa podem ser espontaneas e provir de condições physiologicas da parturiente, ou artificiaes e resultantes de intervenções do parteiro.

O phenomeno do esforço, que intervem habitualmente no periodo de expulsão do feto ou de seus annexos, augmentando a pressão intra-abdominal, é a causa ordinaria da inversão espontanea. A tosse, o vomito e a esternutação agem da mesma forma.

Quanto á inversão artificial, a causa mais commum é a expressão manual da placenta, feita com violencia, ou mesmo quando a mão que expreme o utero atonico exerce uma pressão muito localisada.

As causas que agem sobre a superficie interna do utero inerte, para produzir seu viramento, são numerosas

Nos partos em que os musculos abdominaes se tornam o agente quasi exclusivo da expulsão fetal, diz Jacquemier, o feto pode arrastar comsigo o utero, revirando-o a modo de um piston que se retira, fazendo o vacuo, do fundo de um cylindro membranoso e impermeavel ao ar. Este mecanismo é raro; quasi sempre, neste caso, ha tracção sobre a superficie de inserção placentaria.

A mão introduzida no utero para praticar o delivramento artificial pode, na occasião de ser retirada, gozar do papel de piston, arrastando comsigo o utero. No curso do delivramento artificial, quando se procura extrahir a placenta antes do seu descollamento completo, pode produzir-se o mesmo effeito.

Jacquemier, considera, como capaz de determinar a depressão simples do utero, o peso da placenta por si só.

Conmumente, as tracções sobre a superficie interna do utero são feitas por intermedio do cordão; assim, todas as manobras praticadas no sentido de puxar a haste funicular, são capazes de determinar a inversão.

A curteza, natural ou accidental, do cordão, maximamente se o feto é extrahido com o forceps, pode arrastar a face interna do utero, produzindo seu viramento. A mesma cousa se pode dar quando a expulsão fetal tem lugar, estando a parturiente em posição vertical, porque o feto pode ser projectado violentamente e arrastar o utero, se o cordão tem resistencia sufficiente.

Quando, depois do nascimento do feto, se o colloca muito afastado da parturiente, a inversão pode produzir-se.

E', principalmente, no momento do delivramento natural por tracções sobre o cordão, quando o descollamento da placenta se não faz completamente, que ha o perigo da inversão uterina.

Quando a inercia uterina é localisada, a inversão pode ser explicada por outro mecanismo.

Normalmente a parte do utero, que corresponde á inserção placentaria, é mais delgada, e no seu limite se produz um anel muscular que contem a peripheria da placenta.

Se ha contracção do anel durante a inercia da superficie de implantação da placenta e, por uma causa qualquer, a porção atonica se invagina, o primeiro gráo da inversão uterina—a depressão simples—está constituido. Depois, a contracção uterina intervindo, se pode dar a inversão mais ou menos completa e designada

então: inversão activa ou por contracções musculares, explicada por Treub do modo seguinte:

O primeiro gráo da inversão pode ser considerado como um tumor sessil do utero, ao redor do qual existe um anel muscular cujas fibras estão absolutamente paralysadas. As contracções da parte normal das paredes uterinas, esforçando-se para expulsar a porção invaginada, que faz o papel de corpo extranho, podem augmentar a inversão. A' medida que se dá esse augmento, ha formação de um novo circulo paralytico; o mesmo mecanismo se vai seguindo, até quo o corpo do utero esteja todo invertido.

Anatomia pathologica.—O utero invertido apresenta modificações nas suas relações e lesões de suas paredes, tanto mais apreciaveis quanto maior é o gráo da inversão.

No primeiro gráo, a parte do utero deprimido offerece o aspecto caracteristico do fundo de uma garrafa. Quando o viramento è mais pronunciado, do segundo ou terceiro grào, o fundo uterino, descendo até a vagina, forma um tumor arredondado, communicando para cima com a cavidade peritoneal.

A superficie interna do utero, tornada externa, apresenta aspectos differentes conforme o delivramento está ou não terminado.

No segundo caso, é a face fetal da placenta que se apresenta e é então reconhecida facilmente, pois que se vê a inserção funicular, de onde partem, se irradiando os vasos do cordão, que serpejam entre o chorion e o amnios. As membranas descolladas ficam pendentes na vulva.

Quando se deu a expulsão da placenta, é a face interna do utero que se apresenta directamente, irregular tendo uma coloração vermelha escura, com pequenas saliencias, coberta de sangue liquido ou coalhado e de detritos da caduca formando filamentos. O tumor com estes caracteres, foi comparado por Pinard, com um ananaz.

Na face interna do utero se notam ainda dous pequenos orificios: são as *ostia uterina* das trompas, algumas vezes difficilmente apreciaveis, porque ficam disfarçadas nas dobras da caduca uterina.

Na sua parte inferior, o tumor é globuloso; para cima se vai adelgaçando; em sua extremidade superior forma um pediculo que penetra em um anel constituido pelo collo, cujo papel é importante na physiologia pathologica da inversão. O anel, quando está em contracção, estrangula o pediculo do tumor e comprime as veias, dando-se, portanto, uma perturbação da circulação e suas consequencias: congestão, intumescencia do tecido uterino e uma diffusão de sangue proveniente dos seios uterinos. Este estado de contracção do collo e a intumescencia do utero explicam a difficuldade que se experimenta muitas vezes para reduzir o orgão invertido. A reducção é mais facil quando o anel cervical não está em contracção; mas a hermorrhagia é abundante.

Fazendo-se a laparotomia nota-se que, na excavação pelviana, em lugar do relevo normal formado pelo utero, ha uma cavidade infundibuliforme entre a bexiga e o recto, constituida pela superficie externa do utero coberta pelo peritoneo. Nesta cavidade, podem penetrar as trompas, os ovarios, algumas vezes a face posterior da bexiga, os ligamentos largos, os redondos, os pubio-

utero-vesicaes e, em alguns casos, porções intestinaes ou o epiploon.

O utero invertido, se não é reduzido immediatamente, pode apresentar modificações nas suas tunicas. A mucosa inflamma-se, torna-se vermelha e cobre-se de botões carnosos. O epithelio cylindrico torna-se pavimentoso. O peritoneo pode inflammar-se e contrahir adherencias com as paredes do utero ou com os orgãos visinhos—intestinos, epiploon.

Quando a inversão é muito antiga, o utero se atrophia e constitue então um corpo piriforme, resistente, similhante a um polypo fibroso.

Symptomatologia.—O primeiro gráo da inversão, consistindo simplesmente na depressão do fundo uterino como o de uma pequena garrafa, quazi se não manifesta por nenhum symptoma subjectivo e pode passar despercebido se o parteiro não faz a palpação do utero, porque só esta revela a existencia de uma depressão, na qual os dedos podem penetrar, correspondente a um tumor saliente na cavidade uterina.

No segundo gráo, o fundo uterino invertido descendo até o orificio externo do collo, já se manifestam symptomas subjectivos mais ou menos pronunciados. A doente accusa dôres hypogastricas e lombares, uma sensação de pezo, que promove esforços expulsivos. Surge então uma effusão sanguina, variavel em intensidade.

A palpação mostra os mesmos signaes do primeiro gráo, porém um pouco mais notaveis; a depressão do fundo uterino é necessariamente maior, pois que este chega ao orificio externo do collo, onde constitue um tumor que, se a placenta jà foi expulsa, é perfeitamente perceptivel pelo toque.

No terceiro gráo, o viramento uterino sendo assás accentuado, é que os symptomas se manifestam com maior intensidade.

Commumente, o começo do accidente se apresenta de modo brusco e na occasião do delivramento, quando o parteiro pratica prematuramente a extracção simples por tracções sobre o cordão ou por expressão uterina, no decurso de um violento esforço expulsivo. A parturiente sente então dôres subitas e muito agudas nas regiões hypogastrica e lombar, que se propagam ás virilhas e ás côxas e acompanham-se de uma sensação de arrancamento das visceras da excavação.

O utero invertido, apoiado sobre o perineo e comprimindo a bexiga, faz com que se manifestem esforços para sua expulsão e necessidades frequentes de urinar.

Em alguns instantes, surdem os phenomenos geraes immediatamente graves, lembrando os do choque traumatico e representados pela pallidez da face, dilatação pupillar, resfriamento das extremidades dos membros, angustia respiratoria, vomitos, convulsões, vertigem e, por vezes, um verdadeiro estado syncopal.

O pulso torna-se pequeno, filiforme; a temperatura abaixa-se, e a doente pode morrer rapidamente.

Estes phenomenos de choque não são ligados unicamente á abundancia da hemorrhagia, porque podem ser muito intensivos quando a effusão sanguina é diminuta. Para os explicar, se tem imputado á prisão dos intestinos no infundibulo formado pelo viramento da parede do utero; mas, é provavel que elles tenham sua origem nos arrancos que soffrem os grandes plexos nervosos uterinos e os ligamentos peritoneaes, impellidos pela inversão.

Ao mesmo tempo que os phenomenos de choque se desenvolvem, communmente se produz uma hemorrhagia externa, de intensão muito variavel.

Quando a placenta está ainda completamente adherente, o sangue não se escôa, pois que os seios uterinos não estão abertos.

Se a placenta está descollada em uma pequena extensão e o corpo uterino se contrahe bem, a hemorrhagia é moderada; é, ao contrario, abundante se a placenta está despegada em grande parte e se ha contracção parcial do utero. Quando o descollamento da placenta está feito totalmente ou em grande extensão, e a musculatura do utero está em estado de atonia, a effusão sanguina externa é de extrema profusão e, em alguns casos, fulminante.

Segundo Jacquemier e Baudelocque, a quantidade de sangue que se perde, raramente é tão abundante e tão rapida quanto nos casos de inercia sem invaginação uterina, porque o collo pode servir de agente hemostatico, constituindo uma ligadura elastica no vertice do tumor

Os signaes caracteristicos da inversão uterina em seu terceiro gráo, são revelados pelo exame directo.

Algumas vezes se observa uma depressão na região hypogastrica; esta parece arrastada pelo utero invertido.

A palpação do abdomen deixa perceber um signal fundamental—o desapparecimento do globo uterino e, se a parede abdominal é delgada e flacida, procurando-se levar os dedos na pequena bacia, sente-se exactamente uma depressão em forma de funil, de contorno circular.

O exame dos orgãos genitaes externos pode não mostrar nada de anormal se o utero invertido fica na vagina; se este sahe pela vulva, se observa um tumor de

caracteres variaveis conforme a placenta está adherente ou foi expulsa. No caso primeiro, se vê a face fetal da placenta, cujos caracteres são indubitaveis.

Quando a placenta foi expulsa, a superficie interna do utero apparece sob a forma de um tumor semelhante a uma pèra, de grande extremidade inferior, que, quando é observado pouco tempo depois da inversão, pode augmentar de volume progressivamente, por congestão venosa.

Pela palpação se verifica que o tumor é molle, podendo tornar-se duro sob a influencia de uma excitação mecanica, e em parte reductivel, á guisa de um tumor vascular. A pressão provoca uma dôr, de caracter especial e que provém do tecido uterino, do peritoneo e do ovario.

Fazendo-se penetrar o dedo na vagina seguindo o pediculo do tumor, sente-se, a uma certa distancia da vulva, um sulco circular caracteristico, constituido pelo collo uterino, que cerca o pediculo, como faz o collo do sacco herniario com a hernia que lhe serve de conteúdo.

O anel cervical pode estar molle e dilatavel, ou contrahido sobre o pediculo, ou mesmo apresentar alternativas de contracção e de relaxamento. Quando a inversão é antiga, o collo fica em estado de contracção permanente.

Ha ainda um signal, muito insistido por Malgaigne e Dubois, revelador da ausencia do utero. Introduzindo-se uma sonda na bexiga, sua extremidade é percebida facilmente por um dedo que se faz penetrar no recto.

Evolução.—A reducção do tumor constituido pelo utero invertido pode dar-se espontaneamente, depois de

um espaço de tempo mais ou menos longo, sob a influencia das contracções uterinas e tambem, como pensa Spiegelberg, pela acção que exercem os ligamentos redondos, se contrahindo, sobre o fundo do utero.

Esta reducção espontanea se pode fazer depois de um tempo variavel: alguns dias ou mesmo muito tempo depois do parto.

Delabarre refere um caso, observado em sua propria mulher, em que a reducção se deu, *motu proprio*, seis mezes depois do parto.

Baudelocque cita um outro caso, mais extraordinario, de reducção no fim de sete annos.

Factos desta ordem são, entretanto, muito excepcionaes; na maioria dos casos, a inversão, tendo attingido um certo gráo, fica estacionaria; então os accidentes consecutivos são variaveis.

A morte rapida, resultando da hemorrhagia e do choque, pode surgir nas primeiras horas que seguem a inversão. Algumas vezes, a morte se produz mais tarde, depois de exforços feitos para reduzir o tumor, os quaes podem determinar rupturas do utero e peritonites graves.

A gangrena do tumor uterino, por parada da circulação no ponto correspondente ao pediculo, pode ser observada. Raramente, o utero esphacelado se destacando por um sulco de eliminação e cahindo espontaneamente, se dá a cura; na maior parte das vezes, o tumor gangrenado se infecta e a mulher succumbe por septicemia ou peritonite.

A infecção do tumor se pode dar tambem sem gangrena; a mucosa uterina altera-se, inflamma-se e suppura, dando lugar á anemia progressiva, infecção

sub-aguda ou chronica e cachexia, que produz a morte em algumas semanas.

A atrophia do tumor pode ser um dos modos de terminação da inversão; mas, é relativamente raro. Neste caso, secundando á congestão uma phase de retracção progressiva com esclerose, o utero toma a apparencia de um polypo fibroso e a mulher pode continuar a viver sem grandes perturbações.

Diagnostico.—A inversão uterina é um accidente susceptivel de passar facilmente despercebido quando não ha tumor exterior, podendo então ser considerado como uma simples atonia, se se não tem o cuidado de praticar a palpação abdominal e o toque vaginal, para reconhecer sua natureza verdadeira.

Quando o utero invertido se apresenta directamente á vista, seu reconhecimento é facil se o exame é feito cuidadosamente.

A inversão aguda, quando se traduz por symptomas geraes graves, pode ser confundida com uma ruptura uterina; mas, esta è rara durante o delivramento, se bem que alguns a tenham observado sob a influencia da expressão pelo methodo de Crédé, estando a placenta adherente, ou do delivramento artificial. Nestes casos, porém, faltam os signaes locaes.

E' possivel tambem a confusão com uma hemorrhagia intra-uterina, porque a flacidez do utero distendido pelo sangue pode simular o desapparecimento do globo uterino; mas, em caso tal, não ha tumor saliente na vagina nem no utero.

Se o útero invertido sahe pela vulva, sem manifestação de signaes geraes graves, pode ser confundido

com o utero em procidencia ou com um tumor fibroso pediculado.

O utero em prolapso constitue um tumor ovoide, de pequena extremidade dirigida para baixo e formada pelo collo cujo orificio fica largamente aberto, de bordos intumescidos e, algumas vezes, ulcerados. As dobras transversaes da mucosa vaginal se viram, os *culs-de-sac* vaginaes desapparecem, o eixo da bexiga fica desviado, pois que esta desce sobre a face anterior do utero.

O fibroma pediculado não apresenta o aspecto, a flacidez, a reductibilidade parcial, a sensibilidade nem a contractilidade do utero invertido. A palpação e o toque combinados revelam que o corpo do utero occupa seu lugar normal.

Quando o tumor, formado pelo utero invertido, é intra-vaginal e não ha symptomas geraes graves, a a confusão é possivel com os tumores fibrosos e tudo mais que possa fazer saliencia na vagina—partes fetaes, derramamentos sanguinos perivaginaes, porções dos annexos.

Nestes casos, é necessario um exame minucioso para evitar intervenções funestas.

Prognostico.—A inversão uterina é uma complicação de grande gravidade, em virtude da rareza da reducção espontanea, da variedade e da importancia dos accidentes que lhe fazem sequencia immediata.

O prognostico está subordinado principalmente á prematuridade do diagnostico e á rapidez da interferencia; comtudo, a reducção immediata não é sempre sufficiente para impedir a morte, porque a inversão se pode reproduzir e apresentar grandes difficuldades a uma nova reducção.

As hemorrhagias nas primeiras horas, o choque nervoso, as perdas sanguinas repetidas e a infecção sob todas as formas, mormente sob a forma phlebitica, são tantas causas que concorrem para a terminação funesta.

PROPHYLAXIA.—Como já fiz vêr, a inversão resulta, na maioria dos casos, de intervenções intempestivas na pratica da extracção simples. E', pois, para evitar esta grave complicação, que se deve ter o maximo cuidado nas manobras do delivramento natural, praticando-as conforme todas as regras.

TRATAMENTO.—O tratamento da inversão uterina deve ser feito com presteza e com todos os cuidados necessarios. Procedendo-se desta maneira, embora o viramento deva ser sempre considerado como uma grave complicação, seus perigos se reduzem nas maiores proporções.

Toda inversão recente reclama a reducção immediata.

No primeiro ou no segundo gráo, se deve, antes de qualquer outra cousa, evitar de praticar tracções sobre o cordão. Depois, se colloca a mão sobre o abdomen para verificar se a depressão do fundo do utero vae progredindo; neste caso, se a expulsão dos annexos se não deu, é necessario não hesitar, introduzir a mão na cavidade uterina e praticar o delivramento artificial. A mão introduzida reduz o começo da inversão e só deve ser retirada quando se manifestar a contracção uterina. Em seguida, se faz uma injecção intra-uterina quente ou, se o utero se conserva flacido, o tamponamento intra-uterino com gaze iodoformado.

O estado geral da parturiente não deve ser desprezado. Administra-se a ergotina ou a ergotinina em injecções sub-cutaneas, estimula-se o systema nervoso e, se a perda sanguina é muito pronunciada, se fazem as injecções sub-cutaneas de sôro artificial.

No caso de uma inversão do terceiro gráo, a reducção deve ser praticada immediatamente, porque será tanto mais facil quanto a intervenção mais se approximar do começo da inversão. Mas, deve anesthesiar-se a parturiente? Como se deve proceder com a placenta se estiver ainda collada ao utero?

A anesthesia tem vantagens e inconvenientes.

As manobras de reducção se tornam mais faceis; a dôr, que é, por vezes muito intensa, não é sentida pela anesthesiada. Mas, a anesthesia, praticada em uma doente anemiada e em estado de choque, pode dar lugar a um exaggero da depressão nervosa. Entretanto, se a doente não se apresenta em estado muito grave ou se já são decorridas muitas horas da inversão, antevendo-se embaraços de reducção, é preferivel empregar a anesthesia geral, sendo o ether de escolha nas mulheres em estado de choque e anemiadas.

O modo de proceder, em relação á placenta ainda adherente, é discutido. Quando a adhesão é parcial, a maioria dos parteiros está accorde em completar o descollamento. No caso, porém, de adherencia completa, alguns parteiros preferem reduzir o utero com a placenta, outros praticam o delivramento antes de tentar a reducção. Partidario deste ultimo methodo, Puzos fazia notar que a reducção era mais difficil no caso de inversão do utero com a placenta collada, pois o volume seria mais consideravel.

Jacquemier, Burns, Duncan e outros dão a preferencia á reducção sem descollar a placenta, porque seu despegamento augmenta a hemorrhagia, e sua presença protege o utero contra as pressões involuntarias do parteiro.

Ambos os processos não devem ser desprezados; o modo de agir depende do estado do utero e do seu collo. Se o utero está inerte e o collo molle e extensivo, é melhor praticar-se a reducção com a placenta adherente, porque se evita de augmentar a intensão da hemorrhagia, e a elasticidade do collo permitte a passagem facil do utero com sua placenta. Se o utero está contrahido, e o collo forma um anel constringindo o pediculo do tumor, se deve descollar a placenta antes da reducção, pois esta seria impossivel. Demais, os perigos da hemorrhagia, pelo facto da constricção do collo, se tornam muito menores.

Methodos de reducção.—A reducção do utero invertido pode ser *manual* ou *instrumental.*

A reducção manual pode fazer-se, por tres processos: *de Viardel ou taxis central; taxis peripherica; taxis lateral.*

Antes, porém, do emprego de qualquer destes processos manuaes, é de necessidade fixar o collo do utero para evitar o recalcamento de toda a massa do orgão invertido. Esta fixação tem sido tentada por diversos meios.

Aran segurava os dois labios do collo com uma pinça, e Freund fixava-o atravessando um fio. Estes dois meios apresentam o inconveniente de rasgar o tecido uterino sob um esforço de tracção relativamente fraco.

A fixação cervical atravéz da parede rectal, com

um dedo curvado em forma de gáncho ou com uma espatula, é perigosa, porque pode determinar lesões do intestino. Mais pratico e menos arriscado é o processo de fixação através da parede abdominal, e que consiste em se fazer escorregar a mão esquerda ao longo da borda superior da symphise pubiana, recalcando o utero de cima para baixo.

Taxis central.—Consiste em recalcar o tumor uterino pela parte central. Para isto, se pode empregar a palma da mão, o punho, ou, o que é melhor, as extremidades digitaes dispostas em forma de cone. Por um destes modos, se recalca progressivamente o centro do fundo uterino, através do anel, até que a reducção seja completa. Deixa-se a mão no utero até que este manifeste a contracção.

O recalcamento deve ser praticado na direcção do eixo pelviano, de maneira a evitar o relevo do promontorio.

A taxis central reclama, para que seja conseguida a reducção, uma grande lassidão do anel cervical, que tem de deixar passar quatro paredes uterinas em superposição.

Taxis peripherica.—Este processo, similhante ao empregado para a reducção das hernias, consiste em recalcar as partes vizinhas do orificio cervical, fazendo entrar em primeiro lugar as porções da parede uterina que se inverteram ultimamente. Colloca-se a mão sobre o tumor, de modo que os dedos abracem o pediculo, e, por pressão, se fazem penetrar no anel as partes proximas ao collo. Assim, se vae repetindo esta manobra, lenta e cautelosamente, até que se acabe a reducção.

Taxis lateral.—Pratica-se este processo da maneira seguinte: Applicam-se os quatro ultimos dedos da mão direita, sobre uma das paredes lateraes do utero invertido, na parte correspondente ao pediculo. Em seguida, colloca-se o pollegar em um ponto inteiramente adverso que é recalcado para cima por uma serie de movimentos, similhantes aos que realisa a mão para fazer escorregarem duas folhas de papel superpostas.

Reducção instrumental.—Para este methodo de reducção, podem ser empregados diversos instrumentos: uns são corpos extranhos de grande volume, que se introduzem na vagina e que reduzem o utero invertido, por uma pressão lenta e continua; outros são intermediarios ao utero e á mão.

Entre os primeiros, se têm utilisado o pessario Gariel, os balões de Neugebauer e de Champetier de Ribes. Estes instrumentos, de quazi nenhum effeito logo depois do parto, porque a vagina se deixa dilatar facilmente, são preciosos nos casos da inversão antiga. Pozzi emprega, em lugar dos balões, o tamponamento vaginal de gaze iodoformado.

Entre os outros instrumentos, se têm: o repositor de Viardel, com a forma de baqueta; o de Mme. Boivin que termina em cupula para receber o utero; o de Aveling, que apresenta, além de uma cupula, duas curvaturas: uma se adapta á curvatura pelviana e outra á perineal. A cupula é applicada sobre o fundo do utero, que é recalcado pouco a pouco por uma pressão exercida por laços elasticos apoiados sobre a bacia.

VALOR E PREFERENCIA DOS METHODOS.— A reducção manual é um methodo de real valor, porque é simples

e rapido; mas, falha muitas vezes, quando a inversão tem mais de um dia. Neste caso, a reducção lenta, pelos balões ou pelo tamponamento vaginal, é um optimo recurso.

No que toca aos repositores, é preferivel não os empregar, porque são muito susceptiveis de lesar o utero.

Quanto á escolha dos processos, praticamente se podem apresentar tres casos: 1º o utero está completamente flacido; 2º o collo está molle e o corpo uterino atonico; 3º o collo está flacido e o corpo uniformemente contrahido.

No caso primeiro, a reducção é communmente facil e deve ser feita apenas pelos meios manuaes. No segundo podem surgir embaraços, e são devidos: a) á extensibilidade do segmento inferior, observada maximamente depois de um trabalho longo. Em caso tal, as tentativas de recalcamento produzem unicamente uma reducção fingida, porque o segmento inferior se allonga e o utero foge sob a mão. Esta difficuldade pode ser evitada fixando-se o infundibulo uterino; mas, se com isto nada se obtem, se renovam as manobras depois de algumas horas, porque então o segmento inferior se restabelece e offerece um ponto de apoio solido. b) A' contracção do anel de Bandl. Então, a reducção pode ser obtida pela anesthesia profunda, auxiliada da dilatação digital do anel.

No terceiro caso, isto é, quando o collo está flacido e o corpo uterino contrahido uniformemente, as difficuldades se apresentam em seu maximo, porque o corpo uterino, em estado de tensão, não cede ás manobras de

reducção manual; é preciso as combinar com o emprego dos balões elasticos—tal é a indicação.

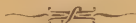
Inversão irreductivel. — A inversão é chamada irreductivel, quando, a despeito de todas as tentativas de reducção, se não consegue chegar ao resultado desejado.

O momento, em que se manifesta a irreductibilidade, é impossivel de determinar, porque certas inversões são irreductiveis desde o começo, ao passo que outras, ao contrario, se reduzem ainda depois de muitas semanas.

Em caso de inversão irreductivel, diversas operações podem ser praticadas—hysterotomias e hysterectomias.

Por via vaginal são praticaveis os operações seguintes: a) Secções simples do collo ou desbridamento do anel; b) a colpotomia anterior ou posterior, seguida da dilatação digital do infundibulo uterino com libertação das adherencias, ou da hysterotomia mediana, feita de baixo para cima, até que haja possibilidade da reducção; c) a hysterectomia.

Por via abdominal se tem praticado a laparotomia, seguida da dilatação digital do infundibulo uterino, ou da extirpação total do utero; mas, estes processos são inferiores ás operações vaginaes.

Resumindo, em se tratando de uma inversão irreductivel, se deve tentar em primeiro lugar os methodos conservadores; caso sejam estes infructuosos, praticar-se-á a hysterectomia vaginal.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇOES

Historia Natural Medica

1.—As quinas pertencem á familia das Rubiaceas, genero Cinchona.

2—Distinguem-se tres variedades: amarellas, cintas e vermelhas.

3—As quinas amarellas são as mais ricas em quinina.

Anatomia Descriptiva

1—A vagina é um conducto musculo-membranoso, que se estende do utero á vulva.

2—Tem uma direcção obliqua de cima para baixo e de trás para diante.

3—Seu principal papel é receber o pénis no momento do coito.

Chimica Medica

1—A quinina é um dos alcaloides das quinas.

2—Sua formula é $C^{20}H^{24}Az^{2}O^{2}$.

3—Tem um sabor extremamente amargo.

Physiologia

1—Fecundação é a fusão de duas cellulas, macho e femea.

2—Estas são representadas pelo espermatozoide e pelo ovulo.

3—O ovulo é o typo da cellula completa.

Histologia

1—A vagina é constituida por quatro tunicas.

2—Estas tunicas são: fibrosa, muscular, conjunctiva sub-mucosa e mucosa.

3—O epithelio da tunica mucosa é pavimentoso estratificado.

Bacteriologia

1—O streptococcus pyogenes é, geralmente, o germen efficiente da infecção puerperal.

2—E' encontrado nos exsudatos inflammatorios, livre ou nas cellulas.

3—Toma o Gram.

Materia Medica, Pharmacologia e Arte de Formular

1—A quinina é empregada em combinação com os acidos, formando saes.

2—Ha os saes neutros e os saes basicos.

3—Os saes neutros têm reacção acida e são muito soluveis na agua.

Clinica Propedeutica

1—A auscultação obstetrica pode ser immediata ou mediata.

2—Em regra geral, se pratica a auscultação mediata por meio de um estethoscopio de larga abertura, com bordas arredondadas e corpo bastante longo.

3—Quando se ausculta o ventre de uma gestante se podem ouvir ruidos maternos e fetaes.

Clinica Dermatologica e Syphiligraphica

1—A syphilis na mulher gravida é mais grave nas suas manifestações locaes e geraes.

2—O syphiloma primitivo é mais volumoso, hypertrophiado, apresentando uma vascularisação mais intensa.

3—Os symptomas geraes da syphilis se aggravam pelo facto da gestação.

Anatomia e Physiologia Pathologicas

1—Na metrite o foco preponderante das lesões é a mucosa uterina.

2—Esta se torna espessa, mollé e de coloração escura.

3—Em alguns casos, sua superficie granula e cobre-se de vegetações ou de fungosidades.

Pathologia Cirurgica

1—Metrite é a inflammação do utero.

2—E' a consequencia de infecção do orgão.

3—Seus agentes ordinarios são: o gonococcus e o streptococcus.

Pathologia Medica

1—O paludismo exerce uma acção má sobre a gestação.

2—Nas gestantes attingidas pelo paludismo se nota muitas vezes o parto prematuro.

3—O tratamento deve ser o mesmo das mulheres não gravidas.

Clinica Cirurgica (2.ª cadeira)

1—A gravidez quasi não influencia a cura de uma ferida accidental.

2—Ella pode, entretanto, se repercutir sobre certos estados traumaticos.

3—A consolidação das fracturas dos membros é muitas vezes demorada.

Clinica Ophtalmologica

1—O tratamento das ophtalmias dos recem-nascidos pode ser prophylactico e curativo.

2—O prophylactico consiste em instillar nos olhos da creança, logo depois do nascimento, algumas gottas de uma solução de nitrato de prata a dous por cento.

3—O tratamento curativo consiste nas lavagens e cauterisações.

Anatomia Medico-Cirurgica

1—As principaes arterias da vagina nascem da vaginal, ramo da hypogastrica.

2—Outras, menores, provêm da uterina, das vesicaes inferiores e das hemorrhoidaes inferiores.

3—E' raro que as operações sobre a vagina deem lugar a hemorrhagias sérias.

Therapeutica

1—O sulfato de quinina é capaz de activar as contracções uterinas, durante o trabalho do parto.

2—Schwab aconselha um gramma do sal, dividido em duas capsulas iguaes, administradas com dez minutos de intervallo.

3—Empregado em alta dose, o sulfato de quinina provoca a vaso-dilatação por paralysia dos nervos vasculares e do centro vaso-motor: de onde o perigo das hemorrhagias após o parto.

Operações e Apparelhos

1—Hysteropexia é a operação que consiste na fixação do utero.

2—Pode ser directa ou indirecta.

3—A hysteropexia directa pode ser praticada por via abdominal ou por via vaginal.

Clinica Cirurgica (1.ª cadeira)

1—As varizes são frequentes nas gestantes.

2—Podem apresentar-se em differentes partes do corpo.

3—Encontram-se ás mais das vezes nos membros inferiores.

Clinica Medica (2.ª cadeira)

1—A febre typhoïdica interrompe a prenhez quasi em dois terços dos casos.

2—O parto dá-se tanto mais facilmente quanto a gestação é mais adiantada.

3—Elle pode produzir-se em todas as epocas da gravidez.

Clinica Pediatrica

1—A peritonite do recem-nascido é muito frequente.

2—Resulta ordinariamente de uma infecção streptococcica, de origem umbilical.

3—Termina geralmente pela morte.

Medicina Legal e Toxicologia

1—Para que haja infanticidio, a condição essencial é que o recem-nascido tenha vivido.

2—A presença do ar nos alveolos pulmonares demonstra que a creança respirou, que viveu portanto.

3—A docimazia pulmonar hydrostatica revela a existencia de ar nos pulmões.

Hygiene

1—A mulher gravida deve submetter-se ás regras geraes de hygiene.

2—A alimentação deve ser substancial, sem ser entretanto muito abundante.

3—O repouso é util, maximamente nos dois ultimos mezes da gestação.

Obstetricia

1—A placenta é um corpo carnoso e muito vascular.

2—Nella os vasos sanguinos maternos e fetaes se põem em intimo contacto.

3—E' o orgão essencial da respiração e nutrição do feto.

Clinica Medica (1.ª cadeira)

1—As affecções cardiacas expõem as gestantes a differentes complicações que podem comprometter o estado gravidico.

2—Entre ellas, cito as metrorrhagias, o aborto e o parto prematuro.

3—As primeiras são as mais frequentes.

Clinica Obstetrica

1—As hemorrhagias do delivramento podem ser immediatas ou tardias.

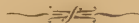
2—Immediatas, quando se produzem durante ou logo depois do delivramento.

3—Tardias, quando se manifestam nas horas ou nos dias seguintes á expulsão dos annexos.

Clinica Psychiatrica e das Molestias Nervosas

1—A hysteria é frequentemente aggravada pela gravidez.

2—Em alguns casos interrompe a prenhez.

3—A hydrotherapia fria, como tratamento desta nevrose durante a gestação, deve ser empregada muito prudentemente.

Visto.

Secretaria da Faculdade de Medicina da Bahia, 16 de Outubro de 1911.

O SECRETARIO,

Dr. Menandro dos Reis Meirelles